

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

838

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Gérard MARIAGE

Né le 20 Juin 1912 à Paris

**FAUT-IL OPERER LES CANCERS
du SEIN
avec ADENOPATHIE AXILLAIRE?**

Président : MOCQUOT, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	HIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT ...	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE

DE MON PERE

HOMMAGE DE PROFONDE AFFECTION

A MA MERE

*Dont la conception du devoir est pour
moi le plus beau des exemples.*

A MON FRERE

Qui m'a facilité ma tâche.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance pour
l'honneur qu'il a bien voulu nous
faire en acceptant la présidence de
cette Thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DESMAREST
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Ambroise-Paré

En témoignage très modeste de ma reconnaissance et de ma très respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur M. LABBE (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur LAUBRY

Monsieur le Professeur agrégé SCHWARTZ

Monsieur le Professeur FIESSINGER

Monsieur le Professeur agrégé R. MOREAU

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Monsieur le Professeur GUILLAIN

A MES MAITRES DANS L'EXTERNAT

Monsieur le Professeur agrégé DESMAREST

Monsieur le Docteur RIVET

Monsieur le Docteur HUBER

Hommage reconnaissant pour le précieux enseignement qu'ils m'ont prodigué.

A MES CHEFS DE CONFERENCES

Messieurs les Docteurs CARREZ, GIBERT, HUREZ

LANCE, MALGRAS, MALLARME, MATHEY

I

Il nous a été donné d'observer dans un grand hôpital parisien, deux faits récents :

En premier lieu, l'observation d'une femme de 30 ans, qui fut opérée le 30 avril 1938 pour un volumineux épithélioma du sein droit, qui aurait débuté à la fin d'une grossesse, quinze jours après l'accouchement. « Le sein fut amputé, les pectoraux furent enlevés, dans l'aisselle on trouva quelques ganglions caractéristiques, mais peu volumineux », dit le compte rendu opératoire. »

L'examen histologique montra : un épithélioma du sein paraissant endo-canaliculaire au début, mais proliférant aussi sous forme de petites travées; malheureusement, l'examen des ganglions n'a pas été fait.

Nous sommes en droit de dire que cet examen histologique est bien incomplet.

Pendant quinze mois, cette malade, guérie opératoirement, paraît avoir bénéficié de son opération, mais le 2 juillet 1939, des douleurs lombaires et cervicales commencent à apparaître.

La récurrence vertébrale est nette et la radiographie la confirme. La malade est actuellement en train de succomber.

Au même moment, nous avons eu l'occasion d'observer une autre malade, âgée de 43 ans, chez laquelle on avait pratiqué une amputation du sein droit, le 20 août 1937 :

« Amputation du sein avec curage ganglionnaire de l'aisselle. Adénopathie étendue — conservation du nerf grand dorsal — suture cutanée aisée grâce à des décollements étendus. »

Ici l'examen histologique n'a pu être retrouvé et probablement n'a jamais été fait.

Aujourd'hui, deux ans après son opération, cette malade est immobilisée avec une récurrence vertébrale très douloureuse, qui empêche toute vie active et qui doit la conduire plus ou moins rapidement à la mort.

En interrogeant la malade, elle nous apprend que c'est fin juillet 1937 qu'une masse de la grosseur d'une mandarine est apparue dans le sein droit, — masse non douloureuse qui l'amena à consulter son médecin; ce dernier lui conseille de se faire opérer. Six mois après son opération, pratiquée en août 1937, elle commence à souffrir de la colonne vertébrale.

En regard de ces deux cas, pour lesquels l'acte opératoire a été impuissant, nous voulons citer l'observation d'une femme qui n'a pas été opérée et qui semble actuellement bénéficier encore de toute abstention chirurgicale. Voici cette observation :

En octobre 1938, une jeune femme de 38 ans, que mon Maître M. Desmarest avait opéré quelques mois auparavant pour un fibrome utérin et chez laquelle il avait pratiqué une hystérectomie avec conservation des trompes et des ovaires, vient lui montrer une tumeur du sein gauche.

A l'interrogatoire, il apprend que cette femme avait depuis un an environ, un petit noyau qui ne l'inquiétait aucunement, mais dans les mois qui suivirent son opération, elle fut frappée de voir cette petite nodosité se développer rapidement.

A l'examen, il trouve une plaque indurée de 4 centimètres environ sur quatre, faisant corps avec la glande. La masse est fixée à la peau, le signe de la peau d'orange est indiscutable. La glande est libre dans la profondeur, mais dans l'aisselle existe une adénopathie très nette, dont la dureté ne permet pas de douter qu'il existe une métastase ganglionnaire.

M. Desmarest se refuse à agir chirurgicalement et fait entreprendre une large radiothérapie sur la zone gan-

glionnaire, puis sur la tumeur. La malade supporte bien les séances qui lui sont imposées et il a la satisfaction de constater la diminution de l'adénopathie axillaire.

Actuellement, la tumeur persiste, elle garde sa dureté ligneuse. L'état général est bon. Il n'a pas revu cette jeune femme depuis la dernière semaine de juillet, mais si une aggravation s'était produite, il en aurait été averti.

Sans vouloir exagérer le résultat obtenu, nous avons donc bien le droit de le placer en regard des deux observations rapportées ci-dessus et qui, pour ne pas être personnelles à M. Desmarest, n'en sont pas moins un témoignage évident des déplorables résultats que peut donner le traitement chirurgical du cancer du sein. L'exposé de ces faits, dans leur brutale évidence, justifie l'étude que nous entreprenons et nous permet de poser nettement la question qui fait l'objet de notre Thèse :

Devons-nous opérer systématiquement toutes les femmes atteintes d'un cancer au sein qui présentent dans l'aisselle une métastase ganglionnaire évidente?

D'une part, dans une communication à la Société du Cancer, le 20 juin 1938, d'autre part, dans une Conférence faite à « l'Association d'Enseignement des Hôpitaux », notre Maître, le Docteur Desmarest, a affirmé que si la chirurgie pouvait, dans un nombre de cas limité, donner une survie équivalente à une guérison, trop souvent les larges exérèses, loin d'améliorer le sort des malheureuses femmes, les condamnaient à une mort plus rapide, principalement lorsque le cancer avait déjà envahi la zone ganglionnaire.

C'est en nous appuyant et sur les résultats de la longue pratique personnelle de notre Maître, M. le Docteur Desmarest, et sur l'étude des statistiques publiées dans la littérature médicale, que nous étièrions nos conclusions.

Nous remercions notre excellent maître, le Docteur

Desmarest, de nous avoir suggéré ce travail, et de nous avoir aidé de ses conseils précieux, au cours de sa réalisation. Depuis que nous avons eu l'honneur d'être son externe, sa bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie. Il fut pour nous, tout à la fois, un conseiller et un « patron » sincère : nous lui devons beaucoup. Qu'il trouve ici l'assurance de notre entière et sincère reconnaissance et le gage de notre respectueuse et profonde affection.

II

En face d'un cancer du sein, se pose une fois de plus la question de la genèse du cancer : Cette maladie est-elle à point de départ mammaire ou n'est-elle que l'expression locale d'une atteinte générale de l'organisme ? Tel est le dilemme, tel il situe la valeur de la thérapeutique chirurgicale.

Un cancer du sein, vu au stade local, doit être attaqué sans discussion, par la chirurgie, comme on le fait pour d'autres organes. Mais on sait trop, hélas, que ce stade local est temporaire et que l'élément lymphatique est d'emblée menacé : la première métastase est une métastase ganglionnaire, et il est banal d'insister sur sa précocité.

Dès ce moment, cette tumeur mammaire, maladie locale, est en voie de généralisation : le chirurgien pour tenter de dépasser le mal, va alors élargir de plus en plus l'exérèse.

Les larges amputations du sein que certains ont autrefois portées aux extrêmes limites, lorsqu'ils recommandaient de ne point s'occuper de la fermeture de la plaie et de recourir secondairement aux greffes de Tierch ou de Reverdin, sont surpassées par les larges exérèses musculaires et aponévrotiques atteignant, en haut, le creux de l'aisselle, débordant en bas sur la gaine du grand droit, et c'est ainsi que la main forcée, pour se saisir de la masse cellulo-ganglionnaire en bloc, le chirurgien est amené à pratiquer l'évidement complet de l'aisselle, en enlevant tous les muscles, toutes les aponévroses, en ne ménageant rien, sauf les gros vaisseaux et les nerfs du plexus brachial.

Cette intervention apparemment logique, bien conduite, aussi large que possible, donne-t-elle les résultats qu'on se croirait en droit d'en attendre?

C'est la réponse qu'il nous faut chercher en confrontant les nombreuses statistiques post-opératoires de cancer du sein.

III

Combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de tirer de la lecture des travaux français ou étrangers, une opinion vraie. Si nous prenons en bloc tous les cancers opérés dans une clinique ou dans un hôpital, il ne faut pas oublier que chaque cas est différent. Il l'est tant par la nature même du cancer, étudiée histologiquement, que par le stade évolutif auquel il est parvenu, l'heure où la malade a fait appel au chirurgien.

Aussi depuis longtemps a-t-on continué de classer les cancers du sein en quatre groupes que l'on retrouve dans la plupart des statistiques.

Dès avant 1914, avec Steinhil, on décrivait :

Un groupe n° 1 comprenant les tumeurs à développement lent sans adénopathie axillaire.

Un groupe n° 2 englobant des cas bien différents :

D'une part, des tumeurs qui n'adhèrent ni à la peau ni aux muscles, s'accompagnaient d'une adénopathie axillaire, et d'autre part des tumeurs qui adhérentes au revêtement cutané, laissent indemnes les territoires ganglionnaires.

Un groupe n° 3 très précis où les caractères cliniques étaient au complet avec une métastase ganglionnaire indiscutable.

Un groupe n° 4 dans lequel on rangeait tous les cancers avec métastase sus claviculaire.

Si on accepte une telle classification, il est impossible d'obtenir des données précises sur les résultats éloignés de la chirurgie dans les cancers du sein. Qui oserait regarder le groupe n° 1 comme homogène? Il est certain que bien des cas disparates y sont inscrits, le seul critérium étant histologique. C'est sur l'interprétation des coupes, sur la morphologie microscopique de certaines cellules qu'on étiquettera la tumeur.

Il y a certainement là des causes d'erreur qui tiennent à l'aspect de certains adénomes ou de certaines hypertrophies mammaires décrites sous le nom de mastopathies. Qui peut affirmer que la frontière entre une inflammation chronique du sein et tel cancer au début est si nettement tranchée que les avis de tous les histologistes seront concordants!

Ainsi la statistique heureuse aura bénéficié de cette marge d'imprécision et la chirurgie en tirera argument pour affirmer sa grande valeur.

Si nous passons au groupe n° 2, la confusion est encore plus grande. En réalité, ce groupe doit disparaître, car, ou bien après curage axillaire aucun ganglion ne s'est montré envahi par la plus petite cellule cancéreuse, et ces cas doivent prendre place dans le groupe n° 1, comprenant toutes les observations de cancers, histologiquement contrôlés, au stade local... ou bien, l'examen histologique des ganglions qui n'étaient pas décelables cliniquement, a montré leur envahissement et ces cas appartiennent au groupe n° 3.

Ce dernier est le mieux défini des quatre groupes. Il englobe tous les cancers cliniquement et histologiquement indiscutables qui ont franchi l'étape locale et s'accompagnent d'une tumeur ganglionnaire métastatique, que les ganglions soient ou non cliniquement décelables.

Quant au groupes n° 4, il ne comprend que les cas plus avancés, lorsque le cancer a dépassé les ganglions axillaires et atteint les ganglions sus-claviculaires. Pour nous, à ce stade, le cancer est inopérable.

Contrairement à la classification de Steinhil, acceptée par tous, nous considérons que tous les cas de cancers du sein doivent être rangés en deux groupes :

Groupe n° 1. — Toutes les tumeurs du sein histologiquement dégénérées, mais qui n'ont pas atteint les relais ganglionnaires encore intacts.

Groupe n° 2. — Tous les cancers du sein ayant déjà envahi les ganglions axillaires ou les ganglions sus-claviculaires.

Dans ce groupe rentrent les cas où les ganglions intra-thoraciques non décelables sont le siège d'une métastase dont l'existence ne peut être reconnue que par l'évolution. Ces cancers, qui atteignent le segment interne de la glande, lorsque les ganglions de la chaîne mammaire interne sont envahis, ne tardent pas à se propager dans les lymphatiques pleuraux, donnant lieu à une pleurésie cancéreuse, cette dernière permet d'affirmer que ces cancers, inclus dans le groupe n° 1, appartiennent en réalité au groupe n° 2.

Notre classification, la seule logique et vraie, est donc basée sur l'intégrité ou l'envahissement des ganglions régionaux, quels que soient les signes cliniques. Il en découle — pour que cette classification ait sa valeur réelle — ce critérium, — qu'après toute amputation du sein cancéreux, l'évidement de l'aisselle ayant été poussé au maximum, tous les ganglions prélevés au cours de cet évidement aient été étudiés microscopiquement.

On nous objectera, sans doute, que même, si les cellules cancéreuses n'ont pas atteint le relai ganglionnaire, elles peuvent être en voie de cheminement dans les vastes réseaux lymphatiques et qu'il est peut-être imprudent de parler de stade local, alors que la tumeur est déjà diffuse. Cet argument est de valeur et nous aurons à le discuter en étudiant le mécanisme de la production des métastases ganglionnaires.

En bref, gardons ces deux groupes de classification :

— D'une part, cancers histologiquement indiscutables sans aucune métastase ganglionnaire.

— D'autre part, cancers histologiquement indiscutables avec métastases ganglionnaires.

IV

Pour étudier les résultats de la chirurgie des cancers du sein, il nous faut répudier toutes les statistiques imprécises et ne faire état que des cas qui viennent prendre place dans un de ces deux groupes.

Au deuxième Congrès International de Chirurgie en 1903 à Bruxelles, les faits rapportés étaient tellement imprécis qu'ils sont difficilement utilisables.

En 1921, au XXX^e Congrès de Chirurgie qui se tenait à Strasbourg, la question des résultats éloignés dans la chirurgie du cancer du sein fut largement discutée. C'était, en fait, poser déjà la question de la valeur du traitement chirurgical.

M. Forgue constatait que les larges exérèses avaient diminué les récidives locales et augmenté le nombre des survivantes après la deuxième année, mais que, par contre, la progression était croissante des métastases internes à échéance plus ou moins éloignée.

Il concluait qu'assurer dix ans de survie et une mort douce à dix pour cent des opérées suffisait à justifier l'opération.

Si l'on va jusqu'au bout de la pensée de M. Forgue, il semble qu'en 1921, le rapporteur considérait que la chirurgie avait donné tout ce que l'on en pouvait attendre, soit 70 pour cent de succès dans les bons cas et 28 pour cent seulement dans les mauvais cas. Mais si nous comprenons très bien ce qu'il entend par mauvais cas, l'appellation « bon cas » est des plus imprécise.

On trouvera dans le travail de Whalter les statistiques sur lesquelles le rapporteur a basé son exposé et fondé cette conclusion qu'il faut opérer et même poursuivre, le bistouri à la main, toutes les récidives accessibles, même au prix des plus larges mutilations.

De tous les chirurgiens qui vinrent apporter les résultats de leur pratique, aucun n'a envisagé de serrer de très près la question des récidives et les statistiques ne nous paraissent que fort peu utilisables.

On sent, au demeurant, chez certains le désir de prouver que les résultats ne sont pas aussi mauvais qu'on le pouvait craindre. Ainsi certains opérateurs qui ne consentent pas à regarder en face la vérité, préfèrent, en s'appuyant sur quelques résultats éloignés qui les enchantent, affirmer l'excellence de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein.

Quelque ingrat que soit l'exposé des statistiques, il ne faut rechercher que les cas ayant une réelle valeur, en rejetant toutes les observations dont la rigueur scientifique n'est pas indiscutable et essayer de tirer de cette masse de faits une conclusion vraie.

Malheureusement les statistiques sont toutes incomplètes, parce qu'il est impossible à un chirurgien de retrouver toutes ses opérées. Un nombre plus ou moins important de cas se trouve donc exclu qui fausse le pourcentage des succès et insuccès. Mais si nous prenons tous ces chiffres qui, nous le savons, n'ont qu'une valeur relative, nous parviendrons à poser le problème assez nettement.

Par exemple une statistique comme celle de Meier parue en 1927 dans les Brun's Beiträge est-elle de quelle valeur? 178 tumeurs du sein ont été enlevées dans la clinique chirurgicale et 93 seulement ont été examinées histologiquement. Elle est donc inutilisable et cependant il s'en dégage une notion; c'est que dans les cas où il existait une tumeur adhérente à la peau et une adénopathie axillaire, la survie, au-delà de 5 années, n'atteignait que le chiffre de 17 pour cent.

Prenons la statistique de Hanckley, 77 cancers du sein sont opérés entre 1920 et 1923. Vingt de ces malades avaient un cancer du sein et les ganglions étaient in-

denmes. Handley en retrouva 16 vivantes, 3, 4, 5 et 6 ans après leur opération, mais des 24 malades qui avaient une métastase ganglionnaire, 2 seulement survivent : l'une depuis 3 ans et l'autre depuis 6 ans. 29 malades dont la tumeur avait infecté les ganglions sus-claviculaires et qui avaient été opérées, étaient toutes mortes.

Crawford White (*Annals of Surgery* 1927) conclut qu'il a 70 pour cent de succès chez les opérées dont les ganglions sont histologiquement sains et seulement 19 pour cent de survies en cas de métastase ganglionnaire.

Dans la statistique de Van Smith et Bartlett, il est noté qu'après 7 ans, 92 pour cent des malades atteintes de cancer du sein avec métastase ganglionnaire sont mortes.

On doit tenir pour favorables des statistiques comme celles publiées par Grantley Taylor avec Greenough d'une part et avec Chamming Simmons-Wallace d'autre part, qui apportent globalement une moyenne de survie de 26 pour cent des cas opérés. Graham compterait 44 pour cent de malades vivantes après cinq années.

Si nous étudions de près les 401 cas de la statistique de Roffo, nous y lisons que sur la liste des morts figurent 59 à 74 pour cent des cas pendant les quatre années qui suivent l'opération, et qu'au cours de la quatrième année on retrouvait 4 pour cent de récidives. Un fait à retenir, c'est qu'il y a peu de différences dans les résultats, que l'opération ait été faite tôt ou tard (entre un an et trois ans) après l'apparition de la tumeur. Nous citons ce fait pour souligner la difficulté d'appréciation des résultats consignés dans les statistiques.

Il nous est venu d'Amérique des statistiques massives, comme celle de Harrington et Yudd, qui publient en 1934 dans *Surgery Gynecology and Obstetrics* 2.656 cas de cancers du sein opérés à la clinique Mayo entre 1910 et 1927. Après cinq années, 1.134 malades étaient retrouvées vivantes dont 461 avaient des ganglions envahis,

soit 26 pour cent de survies, chiffre très remarquable mais il faudrait s'assurer dans le détail qu'il ne s'agit pas seulement d'adénopathie cliniquement décelable, mais de ganglions histologiquement envahis par le cancer.

Retenons encore la statistique que Bérard de Lyon a publiée en 1938. En bloc, sur 100 femmes, il en restait 48 vivantes après 3 ans et de 25 à 30 après 5 ans. Mais si on étudie cette statistique de 160 cas dans le détail, on y voit que 24 pour cent des opérées ont succombé au cours de la première année, que 35 femmes étaient mortes après deux ans et 42 à la fin de la troisième année.

Cela fait bien 42 malades sur cent qui n'ont pas bénéficié de la large amputation qui leur a été faite. Ne se trouve-t-on pas conduit à la même conclusion quand on lit que sur les 153 femmes opérées par Tixier de Lyon, 62 étaient mortes avant la fin de la seconde année. Quel intérêt y avait-il à mutiler et à faire souffrir moralement et physiquement ces malheureuses femmes?

Nous pourrions allonger la liste des statistiques et en extraire les cas les plus nets rentrant dans les deux groupes que nous avons établis. On serait conduit à en dégager certaines conclusions :

L'existence d'un envahissement des ganglions par le cancer prend une valeur de premier ordre lorsqu'on l'applique à l'étude des résultats éloignés de la chirurgie dans le cancer du sein.

Il est impossible d'accepter l'affirmation de Moscoviez que la durée de la survie n'a aucun rapport avec l'existence ou l'absence d'adénopathie néoplasique axillaire. Cela est faux. M. Desmarest partage depuis longtemps sur ce point, l'opinion d'Ivan Bertrand.

Dès 1926, dans la Semaine des Hôpitaux, il affirmait l'importance pronostique de l'adénopathie cancéreuse reconnue au microscope, dans le cancer du sein, et il en

tirait cette conclusion que tous les ganglions axillaires devaient être examinés un à un après une amputation de sein pour déterminer leur degré d'envahissement et les modalités histologiques qu'ils offraient.

S'il est prouvé que la large amputation du sein, lorsque les ganglions sont néoplasiques, entraîne une survie limitée, si des statistiques bien étudiées sur des malades bien suivies montrent, comme il est noté dans le travail de Perry, le nombre considérable des récidives : 70 % dans les deux premières années, on est autorisé à poser la question de l'opportunité du traitement chirurgical dans le cancer du sein avec métastase ganglionnaire, ou tout au moins à considérer comme inutiles la large mutilation et l'évidement axillaire poussé à ses extrêmes limites. Car si de tels dégâts nous permettaient de conduire les malades à une mort plus douce, comme le souhaitait M. Forgue, nous pourrions peut-être y souscrire avec moins d'angoisse. Mais il n'en est rien. Nous connaissons les atroces douleurs qu'entraînent et les récidives locales et les récidives osseuses, en particulier les récidives vertébrales qui sont parmi les plus fréquentes.

M. Rubens Duval, dans sa communication à la Société du Cancer en juin 1938, notait avec beaucoup de justesse que, chez les malades non opérées, certaines masses ganglionnaires pouvaient acquérir un volume considérable avant d'entraîner l'œdème du bras et une gêne fonctionnelle notable et surtout que jamais les crises douloureuses n'avaient eu la violence de celles observées chez certaines opérées. « C'est que, disait-il, les vaisseaux et les nerfs ne se laissent guère comprimer par les masses ganglionnaires même volumineuses, mais ils ne peuvent échapper à la constriction progressive résultant de l'infiltration cancéreuse de leur gaine sclérosée du fait de l'opération. »

En cas d'échecs, nous abrégeons la vie de nos malades,

et nous multiplions leurs souffrances. Voilà le fait sur lequel il nous faut réfléchir.

Et tout d'abord pouvons-nous savoir la durée moyenne de la vie d'une femme atteinte d'un cancer du sein qu'on laisse évoluer sans traitement? Nous n'avons trouvé sur ce point important, qu'un article de Daland de Boston, qui a rassemblé une statistique de 100 cancers du sein non traités. Sa conclusion est que la durée moyenne a été dans ces 100 cas de 30 à 40 mois, ce qui fait entre deux ans et demi et trois ans. Si ce chiffre est exact et si nous le confrontons avec ceux des statistiques, dont on aurait pu allonger la liste, n'avons-nous pas le droit de dire que le chirurgien dans un nombre important de cas abrège la vie des malades qui viennent lui demander de les guérir.

La statistique personnelle de notre Maître M. Desmarest porte sur 147 cas.

Sur une première série de 101 cas, on ne retrouve que 4 malades ayant une métastase ganglionnaire indiscutable au moment de l'opération.

Deux de ces malades vivent depuis dix ans et des deux autres, l'une vit depuis 4 ans et l'autre depuis 7 ans.

21 malades indemnes de toute métastase ganglionnaire restent vivantes : 15 depuis 10 ans et plus, une depuis 9 ans, quatre depuis 8 ans et une dernière dont l'opération ne remonte qu'à trois ans.

Cela fait un total de 25 survies en regard duquel s'inscrivent 76 décès : 31 malades ont succombé avant la fin de la seconde année et 16 autres ont vécu trois ans.

Cela fait donc 47 opérées qui n'ont pas bénéficié de l'acte chirurgical.

Enfin 12 autres malades ont succombé avant la fin de la quatrième année et trois avant la fin de la cinquième année.

Arrêtons à cette première statistique pour bien insister sur un point. Lorsque nous parlons de survies de

3, 4 ou 5 ans et plus, nous n'envisageons que la date de la mort. C'est là une notion erronée, car il faudrait raisonner différemment et se baser sur le moment où une malade présente une récurrence certaine, ne lui permettant plus de mener une vie normale pour apprécier exactement les résultats obtenus. Telle malade ayant une récurrence locale douloureuse ou une récurrence vertébrale ou digestive, peut encore traîner une misérable existence pendant de longs mois. Comment peut-on, sans manquer à la vérité, la porter au nombre des survivantes et augmenter ainsi artificiellement la durée de leur soi-disant guérison !

Toute statistique vraie devrait porter la date de l'opération, la date de l'apparition de la récurrence et la date de la mort.

La deuxième partie de la statistique personnelle de notre Maître, M. Desmarest, porte sur les 46 cancers opérés et suivis par lui de 1930 à 1938.

Quatre des malades ayant des adénopathies axillaires sont mortes dans l'année, 8 autres sont mortes avant la fin de la deuxième année, et 2 après 3 ans, 3 après quatre ans ; de ces dernières, l'une dont les ganglions étaient envahis, récidiva un an après l'opération dans le sein du côté opposé. Un an plus tard débuta la généralisation qui l'emporta dans le cours de la quatrième année. Comment parler dans un tel cas d'une survie de 4 ans.

Donc dans le cours des 4 premières années, 17 malades ont récidivé et sont mortes ; 3 autres sont mortes mais ont dépassé la quatrième année. Restent 26 des malades opérées entre 1930 et 1938. Sur ces 26 malades : 11 avaient une métastase ganglionnaire. Sur ces 11 malades, 4 ne vivent que depuis 3 ans et 3 sont actuellement en état de récurrence.

Il reste donc 8 malades qui ne paraissent pas avoir récidivé, ce qui fait une moyenne de 17 pour cent de

vrais succès. Alors à quoi bon les larges exérèses que certains poussent jusqu'à l'extrême en sectionnant la clavicule pour s'efforcer d'enlever la masse des ganglions sus-claviculaires, si la durée de la survie ne dépasse pas celle obtenue à moindres frais?

Hirsch est le seul chirurgien, à notre connaissance, qui en 1927, dans un article du « Deutch Midizinische Wochenschrift, ait affirmé que la pratique courante qui consiste à enlever dans tous les cancers du sein les ganglions axillaires était non seulement inutile mais nuisible. Et à l'appui de son affirmation, il apporte une statistique de 22 malades opérées, chez lesquelles il a enlevé le sein sans toucher aux ganglions; 21 de ces malades restaient guéries depuis 3 ans, et 17 vivaient encore après 5 ans. Ce sont là des chiffres impressionnants. Sans doute, nous objectera-t-on qu'Hirsch ne peut pas affirmer que les ganglions axillaires étaient envahis par le cancer et que dès lors, on ne saurait retenir pour valable son affirmation. Il y a cependant lieu de penser que sur ces 22 cas tous n'étaient pas des cancers au stade local et que les 5 malades mortes avant la cinquième année avaient sans doute des ganglions déjà envahis par le cancer.

Mais il est vrai que les grands évidements axillaires peuvent favoriser l'ensemencement du néoplasme, soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine. Peut-être même est-on autorisé à penser avec Hirsch que les ganglions sont une sorte de barrière qui arrête le cancer, s'y fixe et peut servir à l'immobiliser pendant un temps variable suivant les cas.

C'est qu'en effet l'évolution du cancer doit être commandée par la défense organique générale d'une part et par la nature même de la tumeur d'autre part. Ne sait-on pas que dans la plupart des cas, la notion d'âge n'est pas à négliger et que le cancer, développé chez les jeunes à une allure beaucoup plus rapide et les tue beau-

coup plus vite, qu'il ne le fait chez des individus âgés. L'évolution lente de certains cancers du sein chez des vieilles femmes nous fait un devoir d'être prudent et limité dans notre action chirurgicale. Or le tissu fibreux de défense tend à gêner le développement des cellules cancéreuses. Cette fibrose bloque l'élément lymphatique, isole la tumeur qui devient une sorte de parasite, vivant d'une vie ralentie que supporte l'organisme des vieillards.

Est-ce que l'étude histologique des tumeurs enlevées peut nous fournir un élément d'appréciation pronostique? Il y a longtemps que le Professeur Delbet s'était attaché à résoudre ce problème.

Dans sa classification il accordait aux cancers sécrétants et aux tumeurs à cellules claires le bénéfice d'une gravité moindre que celle des adéno-carcinomes et même des squirrhés ordinaires. C'est l'élément cellulaire qui devient le fait essentiel. Le Professeur Leroux et M. Perrot estiment, eux aussi, que l'étude de la cellule cancéreuse est à considérer, mais que l'on peut tirer de l'état du stroma des données importantes, qu'ils ramènent à trois, particulièrement favorables : l'importance de la couche réactionnelle fibro-plastique péri-cancéreuse, l'existence d'un tissu fibreux non dégénéré, l'affinité colorante du tissu conjonctif pour le mucicarmine.

A leur tour, Sistrunk et Mac Carty insistent sur la réaction lymphocytaire, la fibrose et l'hyalinisation en fonction de la gravité des cancers.

L'ent-être en étudiant chaque coupe et en établissant parallèlement la durée de la survie de chaque malade arriverait-on à obtenir quelques données précises. Mais ce qu'il importerait d'établir, ce serait le rapport entre les données anatomo-pathologiques et la tendance plus ou moins rapide à l'envahissement lymphatique, en un mot, le caractère infectant du cancer.

On pourrait ainsi établir des règles qui permettraient

au chirurgien d'agir avec plus de précision et de sécurité. Ill de Newmarch n'a-t-il pas raison d'écrire, non sans mélancolie : « Qu'à l'heure actuelle, souvent, le chirurgien opère alors que dans son cœur, il ne sait pas s'il agit bien ou mal. » Sa statistique, qui porte sur 135 cas le conduit à se demander s'il a eu raison d'opérer les 44 malades qui sont mortes en moins de 2 ans. Sans doute, il en retrouve 47 vivantes après 5 ans et il tire de cette constatation un certain réconfort. Et l'intérêt se précise, pour lui comme pour nous, de comprendre pourquoi sur 47 malades il en reste 4 dont les ganglions étaient envahis et qui vivent depuis 12 ans, 8 ans et 7 ans.

Une malade, ayant un cancer du sein avec adénopathie, vient à nous. Que faut-il lui conseiller?

En nous décidant pour l'opération, nous savons que nous agissons aveuglément et que nous allons peut-être hâter la disparition de cette femme, car nous avons devant nous le souvenir de telle ou telle de nos opérées chez qui l'opération la plus large, la plus minutieuse, la plus consciencieuse a été suivie d'une généralisation foudroyante dans les douze premiers mois après l'opération. Tant de douleurs physiques et morales pour d'aussi minimes résultats! C'est alors qu'on se pose le dilemme : ou ne rien faire, ou chercher un moyen d'empêcher ces diffusions rapides des cellules cancéreuses. Et c'est alors qu'on aurait besoin d'un critérium anatomo-pathologique.

Sans doute, nous avons la possibilité par la biopsie extemporanée, de savoir que le noyau mammaire est bien un cancer, que nous ne risquons pas de mutiler une femme pour une tumeur dont la bénignité n'était autrefois reconnue que trop tardivement, une fois le sacrifice accompli. Mais l'incision de la tumeur pour biopsie extemporanée nous entraîne dans tous les cas positifs

à l'amputation large et immédiate du sein. Elle ne nous permet plus autre chose que l'opération mutilante, quelque risque que nous fassions courir à nos malades.

Notre Maître, M. Desmarest, se demande s'il ne serait pas possible, grâce à un dispositif semblable à celui de Franck Adair, qui permet, par une ponction suivie, après aspiration d'un fragment de la tumeur, d'une disséction électrique immédiate, d'obtenir une indication assez précise sur les caractères de la cellule cancéreuse et du tissu conjonctif.

Nous avons vu l'importance de la réaction conjonctive tendant à isoler le noyau cancéreux: nous savons que les ganglions inflammatoires ou scléreux sont un mauvais terrain pour la cellule métastatique, qu'on ne trouve généralement pas de colonies cancéreuses dans les ganglions atteints d'inflammation chronique. Ce fait doit orienter notre pensée vers la nécessité de créer artificiellement cette barrière défensive avant toute tentative chirurgicale.

Le mieux serait de pouvoir y parvenir par de légères infections dans le territoire lymphatique qui se draine vers les groupes ganglionnaires axillaires. La réalisation en est difficile mais peut-être pouvons-nous y parvenir par une radiothérapie préopératoire assez intense pour scléroser le tissu fibreux, diminuer l'apport sanguin, anéantir la tumeur, en même temps que la voie lymphatique se trouvera insérée dans du tissu scléreux. Cette dernière conception n'est point une vue de l'esprit, elle est entrée dans la voie de la réalisation et nous savons qu'à l'Institut du Cancer, dans le service de Villejuif, elle est appliquée déjà depuis de longs mois. On rencontre déjà dans la littérature médicale étrangère quelques tentatives intéressantes de radiothérapie préopératoire.

A Liégeard, elle paraît assez avantageuse pour qu'il y ait soumis ses malades au cours de ces dernières années.

Déjà, en 1929, Sluys, de Bruxelles, dans le « Scalpel », se déclarait partisan convaincu de la radio et de la curithérapie préopératoire. Il n'apportait pas de statistique, mais en six ans il n'aurait observé que deux récidives *in situ*.

A dire vrai, dans tous les articles qui font allusion à la radiothérapie préopératoire, les auteurs ont pour but de stériliser la tumeur, c'est-à-dire de guérir le cancer. Et on comprend que Regaud affirme que cette stérilisation soit impossible car il a retrouvé dans le sein, après amputation, des cellules néoplasiques actives.

Aussi bien, n'est-ce pas pour guérir le cancer, même pour stériliser les territoires lymphatiques, mais pour bloquer l'immense réseau blanc qui gagne les relais axillaires que l'on conseille l'usage des rayons profonds avant toute amputation pour cancer.

Il se dégage nettement de l'étude des résultats de la chirurgie dans le cancer du sein, que trop souvent, l'acte opératoire est néfaste, qu'il précipite la marche du cancer et condamne les malheureuses femmes opérées à une mort douloureuse, parfois atroce. Il faut rompre avec une routine chirurgicale qui n'est qu'un pis-aller, reprendre l'étude de cette question sur des bases anatomo-pathologiques aussi précises que possible pour établir une discrimination entre les cas favorables et les cas défavorables auxquels il ne faut pas toucher chirurgicalement. Même dans les cas favorables, avant tout acte opératoire, il faudra lutter contre la tendance à l'envahissement lymphatique par une méthode stérilisante.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du sein est, sans contredit, un des plus mauvais cancers, auxquels la chirurgie s'est attaquée.

II. — La gravité du cancer du sein tient à ce que dans un grand nombre de cas, surtout chez les jeunes femmes, et dans certaines formes anatomiques infectantes, le cancer colonise plus ou moins rapidement dans les territoires lymphatiques et ganglionnaires particulièrement riches, dont les troncs collecteurs efférents conduisent vers la grande voie de décharge lymphatique (canal thoracique, grande veine lymphatique) qui lance dans l'organisme les cellules néoplasiques qui vont se greffer dans un organe ou dans le squelette.

III. — Les résultats du traitement chirurgical du cancer du sein seront bons au premier stade, lorsque la lésion est purement locale; ils sont décevants et souvent désastreux lorsqu'il existe une métastase ganglionnaire.

IV. — L'existence d'une métastase ganglionnaire cliniquement nette contre-indique les larges exérèses tissulaires couramment employées.

V. — Dans ces cas, l'action chirurgicale doit rester limitée à l'ablation de la tumeur en laissant en place les ganglions.

VI. — Tout cancer du sein doit être soumis à une large radiothérapie qui portera tout d'abord sur les zones ganglionnaires menacées, puis sur la tumeur elle-même.

VII. — Les premiers résultats obtenus par cette méthode d'irradiation préventive sont encourageants et méritent d'être poursuivis.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

